

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 455

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
LYMPHANGIOME DE L'UTÉRUS

THÈSE

Pour le Doctorat de l'Université de Lyon

SECTION DE MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT DEVANT LA

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

LE 8 JANVIER 1938

PAR

WOLF WARMUND

né le 6 Mars 1914

à CZESTOCHOWA (Pologne)



PAQUET, Imprimeur
10, RUE JARENTE - LYON

1937

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
LYMPHANGIOME DE L'UTÉRUS**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 455

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
LYMPHANGIOME DE L'UTÉRUS

THÈSE

Pour le Doctorat de l'Université de Lyon

SECTION DE MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT DEVANT LA

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

LE 8 JANVIER 1938

PAR

WOLF WARMUND

né le 6 Mars 1914

à CZESIOCHOWA (Pologne)



PAQUET, Imprimeur
10, RUE JARENTE - LYON

1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ.
BARRAL, PIC, CONDAMIN, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT. SAVY.
Cliniques chirurgicales	TIXIER. BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	VORON.
Clinique ophtalmologique	BONNET.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique.....	FAVRE.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.)
Clinique médicale infantile.....	MOURICQUAND.
Clinique gynécologique	PATEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET.
Clinique urologique	GAYET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	TAVERNIER.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	COURMONT.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL
Matière médicale et Botanique.....	MANCEAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	HERMANN.
Pathologie interne	J. CHALIER.
Pathologie générale et thérapeutique.....	CADE.
Anatomie pathologique	J. F. MARTIN.
Chirurgie opératoire	COTTE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	ROCHAIX.
Pharmacie et Pharmacologie.....	LEULIER.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	REVOL	PONTHUS	LEVRAT
CHAMBRON	ENSELME	CROIZAT	
CIBERT	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. COTTE, *Président*,
MM. NOEL, CROIZAT, BERTRAND



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de mon profond amour.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MES AMIS

A MA FEMME

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GASTON COTTE
Professeur de Chirurgie opératoire
Chef du Service de Gynécologie de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette étude
et nous a constamment guidé dans l'éla-
boration de ce travail.

Nous sommes heureux de le remercier
ici et le prions de croire à notre grande
admiration et à notre profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOEL ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BERTRAND ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE CROIZAT.

Qui nous ont fait l'honneur de faire
partie de notre Jury, nous leur en expri-
mons notre plus vive reconnaissance.

A NOS MAITRES DES FACULTES ET DES HOPITAUX
DE LYON ET DE MONTPELLIER

Avant-Propos

Ayant eu la bonne fortune d'observer dans son service un cas de lymphangiome de l'utérus, M. le Professeur COTTE nous a conseillé de consacrer notre thèse à l'étude de cette affection qui offre encore tant d'inconnu.

La question du « lymphangiome de l'utérus » était très peu étudiée et, comme nous le verrons, il y a encore beaucoup à faire.

On a rencontré souvent le lymphangiome au niveau des autres organes dans divers points de l'organisme, mais les lymphangiomes des organes génitaux de la femme sont très rares et parmi ceux de l'utérus, qui nous intéressent, nous n'avons pu trouver dans toute la littérature que 5 observations probantes et quelques rares publications sur ce sujet.

Nous croyons pourtant que, probablement, le lymphangiome de l'utérus n'est pas si rare qu'on le pense. Si l'on faisait des examens anatomo-pathologiques systématiques de chaque pièce opératoire, il se pourrait que les publications de ces cas deviennent plus fréquentes.

Ce n'est qu'une supposition, mais les recherches ultérieures démontreront peut-être sa raison d'être.

Le but de notre travail est de rassembler tout le matériel qui avait été publié jusqu'à l'heure actuelle et d'affronter les divers avis sur cette question.

Ainsi nous allons citer d'abord les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature puis l'observation, non publiée encore, de M. le Professeur COTTE et enfin nous verrons quelles considérations on peut en tirer.

Faits anatomo-cliniques

La première observations du lymphangiome de l'utérus avait été rapportée par ZAKRZEWSKI dans les *Annales de l'Institut d'Anatomie pathologique de Lwow*.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui, pendant le quatrième mois de sa neuvième grossesse a été opérée pour une tumeur de 180 gr., qui était interprétée cliniquement comme un fibromyome.

La tumeur était pédiculisée, subséreuse et à la coupe en majeure partie nécrosée, montrant seulement sur un centimètre de largeur, dans la partie corticale, une structure fasciculaire. Cette partie avait été interprétée histologiquement comme lymphangiome.

Robert MEYER et LOFFLER considèrent ce cas comme douteux surtout à cause de sa transformation en tumeur maligne du type endothélial.

Le deuxième cas avait été observé et rapporté par R. MEYER.

Il s'agit d'une multipare de 40 ans, atteinte de *placenta previa* avec hémorragie à la 36^e semaine ayant nécessité une césarienne suivie d'hystérectomie subtotale. La pièce opératoire montrait le tableau suivant.

Le placenta s'insérait sur la paroi antérieure de l'utérus ; sur la paroi postérieure, et à sa partie inférieure une tumeur kystique assez ferme, de la grosseur d'une

petite pomme, faisait saillie dans la cavité utérine, séparée de celle-ci par la couche musculaire interne et la muqueuse déciduale. A la coupe il s'agissait d'une tumeur kystique dont la surface mesurait 4×5 cm. A l'examen microscopique cette néoformation était constituée par un tissu conjonctif lâche, fibrillaire, pauvre en cellules, se transformant vers la périphérie en tissu riche en cellules fusiformes. Les fibres conjonctives s'enchevêtraient fort irrégulièrement, la tumeur était parsemée de cavités nombreuses et polymorphes, dont les parois formaient tantôt des réseaux, tantôt des cavités très nettement délimitées. Au centre en particulier on trouvait de grosses cavités communicantes entre elles, sans séparation bien visible. De petites cavités kystiques s'ouvraient dans les vaisseaux lymphatiques normaux. La paroi de ces kystes était formée d'un endothélium supporté par une mince couche de tissu riche en fibrilles, sans limites nettes, et se confondant avec le tissu conjonctif environnant. L'image microscopique du contenu de ces cavités kystiques montrait une masse homogène, faiblement colorée, enfermant au voisinage de l'endothélium quelques leucocytes.

La tumeur contenait de nombreux vaisseaux sanguins qui possédaient une musculaire très développée. Cette tumeur était limitée par une capsule conjonctive la séparant nettement de la couche musculaire de l'utérus. Pourtant dans certains points elle était traversée par de longs faisceaux musculaires.

Cette tumeur avait été décrite par R. MEYER comme lymphangiocystofibrome.

Le troisième cas a fait l'objet de la thèse de KRENZER à Munich.

Il s'agit d'une femme de 58 ans, n'ayant eu qu'une grossesse, ménopause à 45 ans, sans perte de sang depuis, opérée pour une tumeur ovarienne bilatérale, on pratique une hystérectomie subtotale avec ablation des annexes des deux côtés. Les tumeurs ovariennes montrèrent une structure scléro-kystique assez nette. A la coupe de l'utérus atrophie et sénile, de la grosseur d'un œuf de pigeon, on trouve, dans sa paroi postérieure au milieu du myomètre, un noyau de la grosseur d'une cerise qui tranchait sur le tissu environnant par sa couleur claire et imposait pour un petit myome intersticiel.

Le tableau histologique de cette tumeur montrait un réseau de tissu conjonctif, pauvre en cellules fibrillaires, dépourvu d'éléments musculaires. Entre les mailles de ce tissu, de nombreuses lacunes renfermaient du sérum coagulé avec quelques lymphocytes. Les minces cellules aplaties formaient l'endothélium qui ne montrait nulle part des cellules cubiques. Cette tumeur n'était pas encapsulée.

La quatrième observation fut apportée par E. DE METRON.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, dont les antécédents familiaux et personnels, ne montrent rien de particulier, sinon une pleurésie à l'âge de 17 ans, n'ayant pas laissé de séquelles, et dans son enfance coqueluche, rougeole, scarlatine et diphtérie sans complications. Un an avant son mariage, elle subit à Aarau une ventro-fixation pour rétroflexion utérine douloureuse avec exacerbation des

douleurs durant les menstruation. Réglée à 13 ans, tous les 28 jours, durant 4 jours, ses règles sont peu abondantes et moins douloureuses depuis l'opération ; dans l'intervalle, fluor sans particularité. Mariée depuis 5 ans, elle accouche pour la première fois en 1929 spontanément et à terme d'un enfant vivant : les suites de couches demeurent afébriles. En 1931, son deuxième accouchement se termine par un forceps pour souffrances de l'enfant, la délivrance est normale et les suites de couches sont afébriles.

Dès le mois de novembre 1932, soit un an environ après son dernier accouchement, la malade se plaint d'avoir des règles trop abondantes en même temps que plus douloureuses qu'à l'ordinaire. Elle consulte alors le Prof. Rochat, qui demande son admission dans le service de gynécologie de la Maternité.

Lors de son entrée dans les services le 27 février 1933 on note un état général bon avec température vespérale de 36°8 et pouls à 80. A part les organes génitaux, l'examen révèle le parfait état du cœur, des poumons, du foie, de la rate, du tube digestif et du système nerveux de cette malade ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La tension artérielle est normale. L'examen du sang ne montre aucun signe d'anémie. La réaction de Wasserman et le Vernes-lues sont négatifs.

L'examen des organes génitaux montre un périnée court, cicatriciel. De la vulve s'écoule un peu de sang brunâtre. En effet les dernières règles dont le début remonte au 15 février 1933 persistent toujours. Le vagin présente un léger degré de prolapsus de ses parois anté-

rière et postérieure. La portion vaginale de l'utérus est en arrière et mesure 2 à 3 cm. ; sa consistance est ferme. L'orifice externe transversal, laisse pénétrer le bout du doigt. Le corps de l'utérus est anéfléchi, fixé à la paroi abdominale ; on note une cicatrice de laparotomie (Pfannenstiel), au-dessus de la symphyse. L'utérus paraît augmenté de volume et sa mobilisation est douloureuse. Les annexes semblent normales. Les paramètres sont souples. Le Douglas est libre. L'examen au speculum ne montre rien de particulier, sauf l'écoulement sanguin déjà noté.

On pose le diagnostic d'endométrite et on décide de procéder sans retard au curetage de la cavité utérine. L'hystéromètre décèle une cavité utérine longue de 10 cm. La curette qui semble buter à maintes reprises sur des noyaux fibromateux, sous-muqueux, ramène quelques débris qu'on envoie à l'Institut d'Anatomie Pathologique aux fins d'examen.

L'examen histologique du produit du curetage, assez abondant, montre des glandes un peu augmentées en nombre, régulières. Leur épithélium ne présente aucune trace de prolifération atypique.

Il n'existe aucune trace de caduque ou de villosités, ni aucun signe d'inflammation.

On pose le diagnostic de légère hyperplasie glandulaire. Les suites de curetage demeurent afébriles. La malade sort de la Maternité, le 8 mars 1933. L'hémorragie utérine a cessé et l'état général paraît excellent.

Sept semaines après son départ de la Maternité, la malade ressent subitement de violentes douleurs dans le bas-ventre, en crises, sans perte de sang, sans vomisse-

ment ni évanouissement. Durant deux jours, les douleurs demeurent violentes, puis s'atténuent par l'application d'enveloppements humides et chauds. La malade garde le lit 8 jours, mais juge inutile de faire venir son médecin. Les règles réapparaissent 11 semaines après le curetage, règles très peu abondantes durant 8 jours et indolores. Par contre, les dernières règles au début de juin 1933 sont très abondantes, avec de nombreux caillots, d'une durée de 10 jours environ absolument indolores. Le Professeur Rochat revoit la malade, constate l'augmentation notable de l'utérus et décide d'intervenir, d'autant plus que la malade semble très éprouvée par cette dernière hémorragie.

Lors de sa deuxième admission dans le service de gynécologie le 28 juin 1933, l'état général de la malade n'est pas inquiétant, cependant on constate un certain degré de faiblesse et d'anémie (75 % d'hémoglobine). La température est normale. L'examen général ne décèle rien de particulier. Par contre l'examen des organes génitaux montre un utérus fixé à la paroi abdominale, globuleux, de la grosseur d'une tête d'enfant prématuré, relativement mobile et remontant à un travers de main au-dessus de la symphyse, de consistance ferme, mesurant 3 cm. de long. L'orifice externe transversal est perméable pour le bout du doigt. Les annexes de l'utérus sont impalpables. Les paramètres sont souples, indolores, le Douglas est libre.

On diagnostique un fibrome mou de l'utérus en voie d'accroissement rapide, dont l'ablation chirurgicale est décidée. Le 1^{er} juillet 1933 on procède à l'hystérectomie

subtotale. Après incision de laparatomie médiane et sous-ombilicale, à l'ouverture du péritoine on constate une tumeur utérine, très molle, pseudo-fluctuante régulièrement arrondie, ressemblant à un utérus gravide de 5 mois environ. L'ovaire droit paraît sélérokystique, de la grosseur d'une grosse prune. On procède à l'hystérectomie subtotale selon la méthode de Kelly. Au moment de la section de l'isthme, il s'écoule quelques gouttes d'un liquide citrin. On laisse l'ovaire gauche en place. Après ligature et péritonisation on suture la paroi au catgut avec fils et agrafes à la peau.

Les suites opératoires sont normales et la malade sort guérie le 20 juillet 1933.

Il s'agit d'un utérus globuleux, montrant dans sa paroi postérieure une tumeur intramurale de la grosseur d'une orange formée par un tissu grisâtre spongieux. Cette tumeur fait saillie sous la muqueuse lisse. L'examen histologique montre cette tumeur formée de multiples cavités allongées, tapissées d'un endothélium. Elles contiennent un liquide homogène se colorant à l'érythrosine, mais donnant une réaction négative au mucicarmine. Le stroma est formé de cellules fusiformes, courtes, pressées les unes contre les autres ; on ne trouve nulle part de cellules musculaires. Par place les cavités sont séparées par une mince lame collagène ; ailleurs au contraire, on trouve de grandes plages conjonctives parsemées de nombreux vaisseaux. Les cellules du stroma ne montrent nulle part des mitoses. Les cavités sont en général allongées, toutefois, çà et là, on voit de grandes cavités irrégulières pleines de liquide homogène se colorant plus fortement

En plusieurs points l'endothélium de ces cavités s'interrompt et le contenu peut ainsi s'infiltrer entre les cellules du stroma avoisinant. Malgré de nombreuses coupes faites en divers points de la tumeur on n'a pu déceler des formations endometrioides.

Le cinquième cas est celui de LÖFFLER.

Femme de 60 ans. 2 accouchements. pas d'avortement. Ménopause survenue à 42 ans. Depuis des années des douleurs lombaires légères, dernièrement pertes blanches avec incontinence d'urines. Etat actuel : Utérus en rétroflexion, mobile, gros comme un petit poing, dur, bosselé. Annexes libres, col déchiqueté. De l'orifice externe du col fait saillie un polype pédiculisé de la grosseur d'un pouce. Diagnostic : utérus myomateux, polypeux.

Opération le 29 avril 1935. Hystérectomie vaginale totale avec conservation des annexes, suture de l'incontinence et colporrhaphie antérieure avec cystorrhaphie. Guérie sort le 11 mai 1935.

La matrice qui macroscopiquement a présenté l'image d'un utérus myomateux, montre après une fixation dans la formaline les particularités suivantes : longueur 8 cm. 1/2 (4 cm. le col). A l'orifice externe du col fait saillie un polype de 2cm. 5.

Le corps de la grandeur d'un petit poing, tuméfié irrégulièrement comme s'il renfermait des nodules intrapariétaux. Plusieurs coupes successives laissent voir de suite des trouvailles extraordinaires : Au lieu d'un nodule myomateux, qu'on pouvait espérer, on trouve un foyer enfoncé d'une surface de coupe lisse et homogène d'une couleur jaunâtre, remplissant tout le fond en s'élargissant aussi

sur les parois latérales, qui paraissent en majeure partie infiltrées. Du myomètre primitif sont seulement conservées les parties marginales qui se distinguent très nettement du tissu jaunâtre hétérogène. Il manque toute formation capsulaire, la limite n'est pas linéaire, la néoformation donne plutôt l'impression d'une tumeur infiltrante. Les plus grands diamètres de la tumeur mesurent 4 cm. 5-5 cm. Histologiquement l'endomètre présente une atrophie très avancée avec des glandes kystiques peu abondantes. Les coupes faites sur les diverses parties de la tumeur montrent une structure réticulaire avec quelques grandes mailles mais le plus souvent étroites, et une charpente relativement épaisse, c'est-à-dire une prépondérance de cavités creuses entre des cloisons épaisses. Le revêtement des mailles est constitué partout par un endothélium, qui se détache très nettement du fond en donnant l'impression de cellules hypertrophiques. Avec ça pourtant la forme endothéliale est partout conservée, les cellules sont allongées et non cubiques et épithéliales comme par exemple dans l'hémangiome hyperplasique. De gros amas de cellules trompent l'image dans certaines coupes aux endroits où les mailles sont particulièrement serrées. Les cloisons qui, chose remarquable, ont partout la même épaisseur, contiennent des fibres conjonctives en nombre variable. Mais ce qui caractérise surtout la structure de cette tumeur, c'est sa richesse en fibres élastiques, qui sont entremêlées aux faisceaux des fibres : on peut les rencontrer en même nombre partout, mais elles sont un peu plus rares aux endroits où les faisceaux de fibres sont particulièrement épais (Cette richesse en élastine est

aussi la cause de la couleur jaunâtre de la tumeur.)

Voici enfin l'observation de M. le Professeur COTTE :

Malade de 66 ans, vient consulter M. le Professeur COTTE parce que dernièrement elle a présenté des points douloureux abdominaux avec des petites pertes de sang.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 11 ans, très régulièrement. Mariée à 24 ans, une grossesse consécutive. La malade est devenue veuve de très bonne heure. Elle n'a pas eu d'autres grossesses. Elle a consulté autrefois un gynécologue parce qu'elle avait des pertes blanches consécutives à l'accouchement. On lui a parlé d'une rétroversion. Elle n'a jamais eu aucune maladie. Ménopause à 50 ans, sans qu'il y ait eu à la préménopause ni douleurs ni règles plus abondantes.

Depuis quelques mois la malade, qui mène une vie très active, bien qu'elle ait un peu d'obésité, a ressenti quelques douleurs dans le bas-ventre en même temps qu'elle a vu apparaître de petites pertes sanguines. Récemment elle en a eues un peu plus abondamment ce qui l'amène à consulter.

A l'examen on trouve un utérus mobile, le foie est bosselé, irrégulier, le col est intact, les annexes ne sont pas perçues. Le volume du ventre rend d'ailleurs l'examen très difficile.

Les accidents présentés par la malade font craindre l'existence d'un cancer du corps, ce qui amène à proposer l'intervention.

Intervention, le 9 janvier 1935. Rachianesthésie. Pfannenstiël. Sur l'utérus on trouve au niveau du fond un

myome interstitiel du volume d'une orange. C'est la seule lésion que l'on constate. Étant donné la possibilité d'un néoplasme du corps on procède à l'hystérectomie totale. Au cours des manœuvres l'utérus se rompt au niveau de l'isthme ce qui amène à faire l'ablation secondaire du moignon. On termine en laissant en place un Mikulitz. Suture médiane simple. Guérison.

A l'examen macroscopique on voit qu'il n'existe pas trace de néoplasme dans la cavité corticale, la muqueuse est légèrement hyperplasiée, la paroi elle-même est épaisse, ramollie en certains points. Plusieurs fragments sont prélevés pour l'examen histologique. Le myome signalé plus haut ne présente aucun signe de dégénérescence ni aucune altération d'ordre vasculaire.

L'examen histologique (dû à l'obligeance de M. le Professeur Noël) montre, à côté de lésions de fibro-myome nettement caractérisées et d'un nodule d'endometriose des cavités plus ou moins étirées, dichotomisées et à contours sinueux qui apparaissent toutes tapissées par un endothélium continu. Leur lumière contient soit une espèce de magma grenu éosinophile, soit des globules rouges. D'autre part, en de nombreux points, la paroi fibro-cellulaire sous-endothéliale, plus ou moins œdématiée, pousse dans la lumière dilatée des invaginations qui montrent, à notre avis, une activité certaine. Il s'agit là, à n'en pas douter, de capillaires sanguins et lymphatiques dilatés qui dissocient le stroma musculaire. Le terme de hemo-lymphangiectasie conviendrait parfaitement, n'était l'état prolifératif des parois qui marquent, un processus constructif de type hemolymphangiomateux, bien qu'on ne

trouve point trace de ce tissu angioplastique, si particulier qui caractérise en général les hémolymphangiomes proprement dits.

La malade est revenue au mois de septembre 1936. Elle n'a plus eu aucune perte depuis l'intervention, mais elle souffre de l'abdomen. L'examen montre que ces douleurs ont leur origine dans une éventration consécutive au Mikulitz. La cure de cette éventration sous anesthésie locale la fait disparaître complètement.



Interprétation des faits

Comme nous le voyons, parmi les différentes formes de lymphangiomes, la localisation utérine reste toujours non diagnostiquée cliniquement. L'absence de tout signe qui pourrait le caractériser et sa rareté clinique font qu'elle est confondue avec d'autres affections utérines.

Le plus souvent son existence ne se trahit par aucun trouble caractéristique. La malade présente des troubles gynécologiques banaux : parmi les 6 observations, dans 3 seulement on a noté des douleurs, dans une des règles trop abondantes, dans l'autre de petites pertes de sang en dehors des règles, et dans la troisième des pertes blanches. On peut sentir encore au toucher une tumeur mais qui n'a rien de caractéristique. On est ainsi amené à poser le diagnostic, suivant l'âge et la prédominance de certains symptômes, de fibrome, de cancer ou d'endométrite.

Chose intéressante à remarquer, dans deux cas, la tumeur s'était développée dans un utérus gravide et dans l'un d'eux elle avait peut-être été la cause du placenta prævia.

En somme, le diagnostic du lymphangiome de l'utérus, comme nous l'avons déjà dit plus haut, ne se fait à l'heure actuelle que rétrospectivement par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Un point plus intéressant est peut-être la question du pronostic. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point que cette tumeur est une tumeur bénigne et bien qu'elle soit une tumeur infiltrante elle ne donne jamais de métastases. Enfin après son ablation on n'a jamais observé de récidives.

R. MEYER admet cependant qu'elle peut prendre parfois une allure sarcomateuse et MUSCHIK croit « qu'il est peut-être sage de considérer ces tumeurs comme malignes et de faire un traitement prophylactique par les Rayons X ».



On définit le lymphangiome comme « une néoformation spontanée, anormale, exubérante et circonscrite des vaisseaux lymphatiques ».

On distingue deux formes de lymphangiome : une forme diffuse et une forme circonscrite. Dans la forme diffuse les parois de l'utérus sont infiltrées et l'organe lui-même est augmenté de volume. La forme circonscrite se présente comme une tumeur dont le volume varie de la grosseur d'une cerise à celle d'une orange faisant le plus souvent saillie dans la cavité utérine : Cette tumeur, qui est délimitée par une capsule, avait été décrite par R. MEYER comme lymphangioecystofibrome.

L'examen histologique montre des cavités allongées, formées d'un endothélium. Le stroma est formé par un tissu conjonctif plus ou moins riche en cellules.

Le contenu de ces cavités est formé par une masse se colorant plus ou moins fortement par l'éosine.

Le stroma contient aussi des fibres élastiques en quantité plus ou moins notable et LÖFFLER se demande s'il n'y a pas de rapport entre la richesse en fibres élastiques et l'âge de la malade.

On peut rappeler ici l'analogie qui existe entre le lymphangiome de l'utérus et l'image de certaines tumeurs endométrioïdes, rentrant dans le cadre de l'adénomyome. Il se pourrait ainsi que les tumeurs lymphatiques soient à l'origine de certains adénomyomes (POLANO).

Dans l'observation de M. le Professeur Cotte on a trouvé en effet un nodule d'endométriose.



L'étiologie du lymphangiome de l'utérus reste pour le moment dans l'obscurité. Beaucoup d'auteurs considèrent cette tumeur comme une néoformation d'origine congénitale.

DE MEUXON se demande « pourquoi cette inclusion de tissu embryonnaire se mettrait-elle à proliférer au milieu du myomètre en pleine activité sexuelle et à ce moment précis plutôt qu'à un autre » ? Et en se basant sur les faits que dans un cas le lymphangiome coexistait avec une grossesse dans laquelle l'augmentation de volume de l'utérus dépend du fonctionnement ovarien et que dans les autres cas on a trouvé des lésions ovariennes, il émet l'hypothèse d'une dysfonction ovarienne à l'origine de ces lymphangiomes.

Il est vrai que cette hypothèse est séduisante, mais comme jusqu'à présent il n'y a aucune preuve clinique

ni expérimentale. nous croyons qu'on ne peut se baser uniquement sur ce cas et qu'il faut laisser cette question étiologique sans réponse.

CONCLUSIONS

I. — Les lymphangiomes de l'utérus constituent une lésion exceptionnelle.

A l'occasion d'un cas observé dans le service de M. le Professeur Cotte nous n'avons pu en retrouver dans la littérature que cinq autres observations.

II. — Les manifestations cliniques ne présentent aucun caractère propre : métrorragie, leucorrhée, douleur. Aussi bien pense-t-on à un myome à l'endométrite ou à un néoplasme du corps. Il y a d'ailleurs souvent coexistence d'autres lésions utérines.

III. — Au point de vue macroscopique le lymphangiome peut se présenter sous deux aspects : diffus ou circonscrit.

Seul l'examen histologique permet d'en préciser les caractères.

IV. — Le pronostic semble bénin, pas d'observation de récidives ou de généralisation.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
G. COTTE.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 14 décembre 1937,
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- BRENNER. — Lymphangiofibrome des Uterus (*Zentr. Gynäk.*, 1934, N° 2).
- DWORZAK. — Zur Frage des Lymphocytofibroma uteri (*Arch. Gynäk.*, T. 151, 1932 [601]).
- KAUFMANN. — Lymphocystische Fibrome des Uterus (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, T. 103, 1932 [423]).
- KRENZER. — Thèse de Munich, 1927.
- LÖFFLER. — Lymphangiome des Uterus (*Zentr. f. Gynäk.*, 48, 1935 [2888]).
- MEURON (E. de). — Lymphangiome de l'utérus (*Gyn. et Obstetr.*, T. 32, 1935 [135]).
- MUSCHIK. — Lymphangiocystofibrome des Uterus (*Zentr. Gynäk.*, 1933, 40).
- MORALES PLEGNEZUELO. — Lymphangioendothelium des Uterus (*An. Hosp. José-Adèle*, v, 141, 1934, in *Ber. über die Ges. Gyn. u. Geburtsh.*, xxx, 1935).
- MEYER R. — *Arch. Gynäk.*, 126, 609, 1925.
- UMEDA et Ro. — Ein Fall von Lymphangiome cavernosum des Uterus, in *Berichte über die Ges. Gyn. u. Geburtsh.*, 1936, xxxii (550).
- ZAKRZEWSKI. — *Prace Zakladow anat. path. Univ. Pol.*, 4, II, 2 (1924).

